

SANTÉ

ETABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

*Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins*

Sous-direction des affaires financières

Bureau F4

Circulaire DHOS/F4 n° 2009-363 du 24 novembre 2009 rectifiant la circulaire DHOS/F4 n° 2009-319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé

NOR : SASH0929112C

Date d'application : immédiate.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : précision sur les taux des redevances d'activité libérale.

Mot clé : activité libérale des praticiens hospitaliers.

Texte modifié : circulaire DHOS/F4 n° 2009-319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé.

Annexe :

Fiche rectificative du guide des règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé, relative à l'activité libérale des praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les établissements publics de santé.

La ministre de la santé et des sports à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information et diffusion]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements de santé (pour mise en œuvre).

La présente circulaire a pour objet de préciser les taux de la redevance due par les praticiens hospitaliers à temps plein exerçant une activité libérale dans les établissements publics de santé, figurant dans le guide de facturation annexé à la circulaire du 19 octobre 2009. La fiche correspondante reprend les principaux éléments de l'article D. 6154-10-3 du code de la santé publique, base juridique de la détermination de cette redevance. De ce fait, le taux de redevance relatif aux actes autres que les actes d'imagerie, de radiothérapie, de médecine nucléaire et de biologie réalisés en centre hospitalier universitaire est bien de 25 % et non de 28 % comme indiqué par erreur dans la fiche en question. Une nouvelle fiche, jointe à la présente circulaire, a été mise en ligne sur le site internet du ministère : Les règles de facturation. – Règles de facturation. – Santé. – Dossiers. – Ministère de la santé et des sports.

Pour la ministre et par délégation :
Par empêchement de la directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins :

Le chef de service,

F. FAUCON

ACTIVITÉ LIBÉRALE DES PRATICIENS STATUTAIRES EXERÇANT À TEMPS PLEIN
DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ (EPS)

1. Textes de référence

Code de la santé publique (CSP)

Partie législative

Articles L. 1162-14-1 (sanctions), L. 1111-3 (information des usagers), L. 1233-2, L. 1234-3, L. 1242-2 (activités exclues de l'activité libérale) ;

Articles L. 6154-1 à L. 6154-7 (conditions d'exercice de l'activité libérale).

Partie réglementaire

Articles R. 1112-21 et suivants, R. 6145-25 (exercice de l'activité libérale), R. 6154-1 à R. 6154-10 (redevances) ;

Articles D. 6154-10-1 à D. 6154-10-3 (redevances) et D. 6154-15 et suivants (commission d'activité libérale).

Code de la sécurité sociale (CSS)

Article L. 162-26.

Arrêtés

Arrêté du 15 mai 2008 fixant la liste des actes mentionnés au deuxième alinéa du 3° de l'article D. 6154-10-3 du code de la santé publique.

Arrêté du 2 octobre 2008 fixant le seuil prévu à l'article L. 1111-3.

Circulaires

Circulaire DH/AF3 n° 2000-280 du 25 mai 2000 relative à l'assujettissement à la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) de certaines prestations offertes par les établissements de santé ;

Circulaire DHOS/F4/M2/DGCP/6B n° 2001-561 du 26 novembre 2001 relative à l'application des dispositions relatives à l'activité libérale dans les établissements publics de santé pour le recouvrement des honoraires des praticiens ;

Circulaire DHOS/M2 n° 2005-469 du 14 octobre 2005 relative au contrôle de l'activité libérale ;

Circulaire DHOS/M3 n° 2008-313 du 16 octobre 2008 relative à l'application des décrets n° 2008-464 du 15 mai 2008 et n° 2008-1060 du 14 octobre 2008 relatifs à la redevance due à l'hôpital par les praticiens statutaires à temps plein exerçant une activité libérale dans les établissements publics de santé.

Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie approuvée par arrêté du 3 février 2005 et ses avenants.

2. Modalités d'exercice de l'activité libérale dans les EPS

Les praticiens statutaires exerçant à temps plein sont autorisés à exercer une activité libérale dans l'établissement public de santé où ils sont nommés (art. L. 6154-2 du CSP), dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle. Ils doivent à cet effet conclure un contrat d'activité libérale, le bon déroulement de cette activité étant soumis au contrôle d'une commission d'activité libérale.

2.1. Le contrat d'activité libérale (art. R. 6154-4 et suivants du CSP)

Ce contrat décrit les modalités d'exercice de l'activité libérale ; il est conclu entre le praticien concerné et l'établissement public de santé (EPS), sur la base du contrat type prévu par l'article R. 6154-4 – annexe 61-2 du CSP. Il doit être approuvé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation après avis du conseil d'administration et de la commission médicale d'établissement (art. R. 6154-5 du CSP), pour une durée de cinq ans renouvelable. L'approbation vaut autorisation d'exercice de l'activité libérale. Cette autorisation peut être suspendue ou retirée par le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation, après avis ou sur proposition de la commission d'activité libérale, lorsque le praticien méconnaît ses obligations.

2.2. La commission de l'activité libérale

Dans chaque EPS où s'exerce une activité libérale, une commission de l'activité libérale doit veiller au bon déroulement de cette activité : respect des dispositions législatives et réglementaires et des stipulations des contrats des praticiens (cf. art. R. 6154-11 et suivants et D. 6154-15 et suivants du CSP).

3. Activités concernées

L'activité libérale peut concerner les consultations externes, les actes médico-techniques et les soins en hospitalisation (art. L. 6154-2 du CSP). Toutefois :

- le praticien hospitalier qui exerce une activité libérale doit exercer personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;
- la durée de l'activité libérale ne doit pas dépasser 20 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ; les périodes, demi-périodes ou fraction de temps correspondant à l'activité libérale doivent être clairement identifiées dans le tableau de service nominatif ;
- le nombre de consultations et le volume d'actes effectués au titre de l'activité libérale doivent être inférieurs au nombre de consultations et au volume d'actes effectués au titre de l'activité publique. Le volume des actes correspond, selon le cas, aux coefficients affectés aux lettres-clés figurant dans la nomenclature générale des actes professionnelles (NGAP) ou à la valorisation tarifaires des actes codés par la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Sont exclues de l'activité libérale et ne peuvent donner lieu à rémunération à l'acte :

- les prélèvements d'organes (art. L. 1233-2 du CSP) ;
- les greffes d'organes (art. L. 1234-3) ;
- les prélèvements de tissus en vue de dons (art. L. 1242-2 du CSP) ;
- les activités de recueil, traitement, conservation et cession de gamètes (art. L. 1244-5 du CSP).

Enfin, « aucun lit ni aucune installation médico-technique ne doit être réservé à l'exercice de l'activité libérale ».

4. Conditions d'accès aux soins exercés dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien

Les patients peuvent demander à être soignés ou hospitalisés dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien statuaire exerçant à temps plein. Celui-ci doit respecter les obligations prévues notamment à l'article L. 1111-3 du CSP (*cf.* modalités en annexe) :

- information écrite préalable du patient sur le tarif des actes effectués, le montant du dépassement éventuel et les conditions de leur remboursement par l'assurance maladie. cette information doit également être fournie lorsque des actes hors nomenclature sont réalisés ;
- affichage, de façon visible et lisible (dans la salle d'attente ou à défaut dans le lieu d'exercice), des tarifs des honoraires pratiqués, dépassements éventuels compris.

Le praticien est également tenu de fixer ses honoraires avec tact et mesure (art. R. 4127-53 du CSP).

En cas d'hospitalisation, si le patient souhaite être traité en secteur libéral, il (ou un ayant droit) doit formuler cette option par écrit, dès son entrée, après qu'il a pris connaissance des conditions particulières qu'implique son choix (1). A défaut, la responsabilité de l'établissement peut être mise en cause.

Le dossier d'admission est constitué dans les mêmes conditions que celles applicables aux admissions dans le secteur public. Les frais d'hospitalisation sont également calculés et valorisés selon les mêmes modalités, le praticien encaissant ses honoraires en sus.

A noter :

- aucun patient ne peut être transféré du secteur d'activité libérale d'un praticien hospitalier s'il a été admis au titre du secteur public et inversement, sauf demande motivée du patient (ou de ses ayants droit) et après avis du chef de service (art. R. 1112-23 du CSP).
- pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire (CMUc), les médecins doivent appliquer le tarif de remboursement de l'assurance maladie.

5. Modalités d'encaissement des honoraires du praticien

Les praticiens exerçant une activité libérale peuvent percevoir leurs honoraires soit directement, soit par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital (*cf.* schéma en annexe).

5.1. Directement

Les praticiens doivent transmettre au directeur de l'hôpital un état récapitulatif de leur activité libérale, cet état devant faire figurer au regard de chaque acte (lettres-clés de la NGAP ou code regroupement de la CCAM) ou consultation, les honoraires correspondants et le cas échéant les dépassements.

5.2. Par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital

Dans ce cas, les sommes sont encaissées par le régisseur de l'établissement qui les enregistre sur un quittancier particulier et les reverse au comptable du trésor aux fins de comptabilisation sur le

(1) CAA Marseille – Assistance publique de Marseille c/Mme Tronçon – 7 avril 2005.

compte « Comptes individuels des praticiens ». L'établissement reverse mensuellement les honoraires encaissés au praticien. Les actes non encaissés ou partiellement encaissés en régie donnent lieu à émission, par l'établissement, d'un avis de recouvrement spécifique (1) à l'encontre du patient concerné ; cet avis de recouvrement précise notamment le nom et l'adresse du patient, la date et la nature de l'acte, le montant des honoraires.

Les praticiens doivent transmettre le même état récapitulatif que celui établi par les praticiens encaissant directement leurs honoraires.

5.3. Pour les patients assurés sociaux

Le praticien doit établir une feuille de soins et y porter la cotation des actes réalisés et l'intégralité des honoraires demandés :

- si le patient a réglé la totalité de ses soins, le praticien (ou l'établissement si l'encaissement a été effectué par son intermédiaire) lui remet la feuille de soins, à charge pour lui d'en demander le remboursement à l'assurance maladie ;
- si le patient a été dispensé de l'avance des frais, le praticien (ou l'établissement si l'encaissement a été effectué par son intermédiaire) transmet la feuille de soins à l'organisme gestionnaire dont dépend le patient. Les éventuels dépassements d'honoraires restent à la charge du patient ou de son organisme complémentaire.

Parallèlement, tous les six mois, les organismes d'assurance maladie communiquent au directeur de l'établissement et au président de la commission d'activité libérale, les informations sur les honoraires, le nombre et le volume des actes effectués par les praticiens concernés (art. L. 6154-3 du CSP).

6. La redevance due à l'hôpital par les praticiens hospitaliers à temps plein exerçant une activité libérale dans les EPS

6.1. Actes soumis à redevance

En contrepartie du service rendu par l'établissement au praticien, autorisé à percevoir une rémunération à l'acte tout en bénéficiant des installations et du personnel de l'EPS (2), l'activité libérale donne lieu au versement d'une redevance (art. L. 6154-3 du CSP). Cette redevance, assujettie à la TVA de 19,6 %, est fixée en pourcentage des honoraires perçus par le praticien, dépassements éventuels compris (art. D. 6154-10-1 du CSP). Ce pourcentage est égal (art. D. 6154-10-3 du CSP) :

- pour les consultations, à :
 - 16 % pour les centres hospitaliers universitaires ;
 - 15 % pour les centres hospitaliers ;
- pour les actes autres que les actes d'imagerie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie, à :
 - 25 % pour les centres hospitaliers universitaires ;
 - 16 % pour les centres hospitaliers ;
- pour les actes d'imagerie (autres que les actes d'imagerie associés à un acte interventionnel auxquels était affectée, avant le 31 mars 2005, une double cotation en K ou KC et en Z), de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie, à 60 % pour les centres hospitaliers universitaires et pour les centres hospitaliers ;
- pour les actes d'imagerie associés à un acte interventionnel auxquels était affectée, avant le 31 mars 2005, une double cotation en K ou KC et en Z, à :
 - 40 % pour les centres hospitaliers universitaires ;
 - 20 % pour les centres hospitaliers ;
- pour les actes comportant la codification d'un acte principal et celle d'un geste complémentaire (chapitre 8 de la CCAM) ou d'un supplément (chapitre 9 de la CCAM), il convient d'appliquer le taux défini pour chacun d'eux, en fonction de leur nature.

6.2. Calcul de la redevance

La redevance est calculée par l'administration de l'hôpital, toutes taxes comprises, sur la base des états récapitulatifs établis par les praticiens. Son paiement est trimestriel. Son montant, hors taxe, est imputé sur le compte budgétaire 7531 « retenues et versements sur activité libérale », la TVA n'étant pas une recette budgétaire.

6.3. Actes non soumis à redevance

Ne sont pas soumis à redevance les examens dont la tarification dissocie la prestation intellectuelle des frais de fonctionnement de l'appareil (scanner, IRM, TEP-scan).

Pour les actes de scanographie, l'établissement doit reverser au praticien une quote-part représentant 20 % du forfait technique (art. R. 6154-3 du CSP), cette dépense étant imputée sur le compte budgétaire 6585 « reversement de la quote-part des radiologues »).

(1) Ces avis de recouvrement ne donnent pas lieu à prise en charge budgétaire.

(2) Décisions du Conseil d'Etat n° 293229 et n° 293254.

A N N E X E

MODALITÉS D'INFORMATION DES PATIENTS SUR LES TARIFS PRATIQUÉS

PRINCIPES GÉNÉRAUX

L'obligation d'information

Conformément aux dispositions de l'article L. 1111-3 du CSP, les praticiens exerçant une activité libérale doivent informer les patients des tarifs qu'ils pratiquent.

L'information doit être écrite et préalable à la réalisation des actes et/ou prestations lorsque :

- le montant des honoraires demandés au cours de la consultation, dépassements inclus, est égal ou supérieur à 70 euros (*cf.* arrêté du 2 octobre 2008). Ces honoraires peuvent concerner un ou plusieurs actes techniques et/ou cliniques ;
- le praticien prescrit un (ou des) acte(s) à réaliser lors d'une consultation ultérieure, même si les honoraires demandés au cours de la première consultation sont inférieurs à 70 euros.

Cette information doit également être fournie lorsque des actes hors nomenclature sont réalisés.

L'information écrite délivrée doit obligatoirement mentionner, pour chaque acte :

- le montant des honoraires, y compris celui du dépassement ;
- la nature du dépassement : exceptionnel ou autorisé au titre d'un droit permanent à dépassement ou d'un exercice à honoraires libres ; sur ce point, il est important que le motif du dépassement soit compréhensible du patient ;
- les conditions de remboursement par l'assurance maladie.

Enfin, elle ne remet pas en cause le principe de fixation des honoraires avec tact et mesure.

L'inobservation de l'obligation d'information écrite préalable peut faire l'objet d'une pénalité financière fixée et recouvrée dans les conditions prévues par l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale (CSS). A cet effet, il convient d'inviter les patients qui vous sollicitent à saisir leur caisse locale d'assurance maladie.

A noter que les patients peuvent également saisir les caisses, en cas de dépassements jugés au-delà du tact et de la mesure.

L'obligation d'affichage

Conformément aux dispositions des articles R. 1111-21 à R. 1111-25 du CSP, le professionnel de santé doit « afficher de façon visible et lisible dans sa salle d'attente ou à défaut dans son lieu d'exercice les informations relatives à ses honoraires, y compris les dépassements qu'il facture ».

Ces informations incluent l'affichage des tarifs pratiqués et les conditions de remboursement par l'assurance maladie.

Le praticien doit afficher ses tarifs dans sa salle d'attente. En l'absence de salle d'attente proprement dite, l'affichage doit se faire dans le lieu de réception le plus approprié : secrétariat, hall d'entrée et/ou lieu d'exercice du professionnel (cabinet de consultations ou de soins).

En cas de salle d'attente commune à plusieurs professionnels, les affichages devront être clairement identifiés, sans ambiguïté pour le patient.

Le praticien est libre d'utiliser le formulaire qu'il estime le plus adapté. Il doit toutefois obligatoirement faire apparaître les phrases citées aux articles R. 1111-22 à R. 1111-24 du CSP, sans adaptation, résumé ou extraction.

En application de l'article L. 4163-1 du CSP, le respect de l'obligation d'affichage est vérifié notamment par les médecins et les pharmaciens inspecteurs de santé publique ainsi que par toutes les personnes habilitées à constater les infractions à la législation sur la répression des fraudes, en pratique essentiellement les agents de la DGCCRF (direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes).

Le fait de ne pas respecter l'obligation d'affichage dans les conditions fixées au CSP est sanctionné par une amende administrative d'un montant maximal de 3 000 euros.

Enfin, afin d'aider les assurés sociaux dans la mise en œuvre de ces mesures, il convient de leur rappeler l'existence de la plateforme d'information mise en place par l'assurance maladie disponible en ligne sur le site www.ameli.fr et permettant de connaître les tarifs moyens pratiqués par les professionnels de santé, préalablement à toute prise de rendez-vous.

		ACTIVITE LIBERALE DES PRATICIENS STATUTAIRES EXERCANT A TEMPS PLEIN	
		Paiement par l'intermédiaire de l'administration hospitalière (deniers privés)	
		Tiers payant	
		Sms tiers payant	
Part prise en charge par l'assurance maladie (AM)	Le praticien envoie la feuille de soins à la caisse dont dépend le patient.	Le patient paie le médecin qui lui remet une feuille de soins	L'établissement établit un avis de recouvrement envoyé au patient. Lorsque le patient a réglé, la feuille de soins signée du médecin lui est transmise.
	La caisse rembourse le praticien	La caisse rembourse le patient	
Part non prise en charge par l'assurance maladie (AM) (inégalité ou ticket modérateur et/ou dépassement d'honoraires)	Le patient paie le médecin et demande le remboursement éventuel à sa mutuelle	Le patient paie à la caisse	Le patient paie à la caisse avec la feuille de soins non signée du médecin. Celle-ci lui sera ensuite envoyée signée du médecin, pour lui permettre d'obtenir le remboursement de sa caisse d'AM
		L'établissement établit un avis de recouvrement envoyé au patient	
Toutes ces sommes sont comptabilisées en classe 4, au compte 4245 "comptes individuels des praticiens". Ce ne sont donc pas des recettes budgétaires. Elles sont reversées mensuellement au praticien ; seules les sommes effectivement encaissées sont reversées.			
Redevance	Le médecin doit obligatoirement déclarer au directeur de l'hôpital son activité libérale sur un état récapitulatif mensuel		Le médecin doit déclarer obligatoirement au directeur de l'hôpital son activité libérale sur un état récapitulatif mensuel
	L'hôpital calcule la redevance et en demande le paiement au praticien chaque trimestre. La redevance est soumise à la TVA de 19,6%		
L'établissement calcule la redevance et en demande le versement au praticien chaque trimestre. La redevance est soumise à la TVA de 19,6%			
Il s'agit d'une recette budgétaire (compte 7531 pour la part hors TVA)			
Information fournies par les caisses d'assurance maladie	Les caisses d'AM transmettent au directeur et au président de la commission de l'activité libérale un état des sommes versées (y compris les honoraires) à chaque praticien		

DÉTAIL DE L'UTILISATION
DU COMPTE 4245 « COMPTES INDIVIDUELS DES PRATICIENS »

Le compte 4245 comptabilise les honoraires liés à l'activité libérale des médecins qui ont opté pour l'encaissement par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital.

Technique budgétaire et comptable (source : M21 de 2006) :

Prise en charge de l'avis de recouvrement :

Débit 4583 « activité libérale – redevables ».

Crédit 4584 « activité libérale – praticiens.

Encaissement des honoraires pour le montant réglé par le patient ou par l'assurance maladie :

Débit 515 « compte au trésor ».

Crédit 4583 « activité libérale – redevables ».

Apurement du compte 4584 :

Débit 4584 « activité libérale – praticiens ».

Crédit 4245 « comptes individuels des praticiens ».

Comptabilisation de la redevance :

Débit 46741 « redevance due par les praticiens hospitaliers » – montant TTC.

Crédit 44571 « TVA collectée ».

Crédit 7531 « retenues et versements sur l'activité libérale ».

Reversement des honoraires :

Débit 4245 « comptes individuels des praticiens ».

Crédit 46741 « redevance due par les praticiens hospitaliers ».

Crédit 515 « compte au Trésor ».